

Scheda operativa

IL CARICO IMMEDIATO SU MINI-IMPIANTI

D.A. Di Stefano^a, A. Cazzaniga^b

^a Professore a contratto, titolare insegnamento di Chirurgia Odontostomatologica (CLID), Università Vita-Salute San Raffaele di Milano; libero professionista in Milano

^b Libero professionista, Samarate, Varese

Introduzione

La possibilità di stabilizzare con mini-impianti protesi totali esistenti o realizzarne ex novo ove vi è scarsità di osso crestale, primariamente in senso orizzontale, può rappresentare un notevole miglioramento della qualità di vita. Questa opzione terapeutica nella maggior parte dei casi si rivolge al paziente anziano per la relativa semplicità chirurgica e i ridotti tempi di intervento che ben si confanno a questa tipologia di pazienti. Tutto questo si associa a un costo contenuto, facendo di tale riabilitazione non certo una protesi sociale, ma sicuramente qualcosa di molto vicino a un'ampia fascia di possibili fruitori.

Si ritiene comunque importante sottolineare, come sempre, che la relativa semplicità della tecnica non deve andare a

discapito di un'attenta e corretta valutazione prechirurgica e di un'altrettanto oculata chirurgia. Si ricorda la variabilità morfologica dell'osso intraforaminale e la possibilità di essere ingannati posizionando impianti al di fuori delle corticali nel tessuto molle. Particolare attenzione va posta nei confronti del pavimento della bocca. Anche se con una predilezione mandibolare, per ovvi motivi legati alla qualità ossea, questa tecnica può essere applicata anche al mascellare superiore. Quindi, il facile mantenimento igienico, la semplicità della componentistica, insieme alla possibilità di offrire al paziente una funzione masticatoria immediata, fanno sì che vi sia un discreto campo di indicazioni a tale approccio implanto-protetico.

1. Preparazione all'intervento

- Valutare clinicamente i tessuti duri e molli (*fig. 1*).
- Eseguire un'appropriata radiologia prechirurgica (*fig. 2*).
- Realizzare una protesi totale nuova o mantenere la vecchia avendo attenzione di aprirla dal lato linguale-palatale al fine di consentire il posizionamento e la fissazione intraoperatoria dei bottoni (*figg. 3 e 4*); inoltre, la protesi stessa farà da dima chirurgica per le posizioni implantari.
- Effettuare un'anestesia plessica.

Fig. 1



Fig. 2

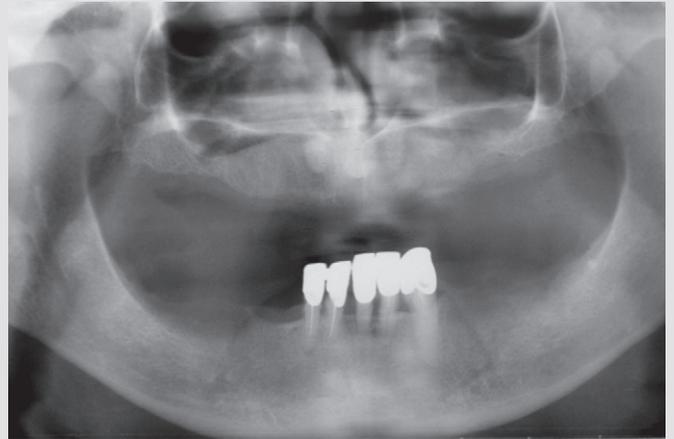


Fig. 3



Fig. 4



2. Incisione e scheletrizzazione e posizionamento implantare

A seconda delle condizioni crestali, gengivali e delle proprie propensioni e capacità, si può decidere per l'apertura di un lembo o per una tecnica "flapless". In entrambi i casi, la protesi farà da guida. Se non si scolpisce il lembo, è possibile identificare le sedi implantari e pungere la mucosa con uno specillo: la goccia di sangue indicherà la sede di posizionamento (*figg. 5 e 6*). Con appropriato mucotomo è possibile rimuovere una modesta quantità di gengiva al fine di un inserimento implantare che non sia contaminato da cellule epiteliali sulla superficie implantare (*figg. 7 e 8*). In genere, si utilizza un'unica fresa pilota e in funzione della densità ossea si decide il livello di profondità da raggiungere (*fig. 9*). La scelta della lunghezza implantare segue i tradizionali criteri. Auspicabile è una lunghezza non inferiore a 11-13mm. L'impianto autofilettante può presentare spire con diverso grado di aggressività da scegliere in funzione della tipologia ossea (*fig. 10*). L'inserimento può essere eseguito sia con l'uso di un cricchetto dinamometrico sia con l'impiego di contrangolo montato su motore chirurgico (*figg. 11 e 12*).

Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

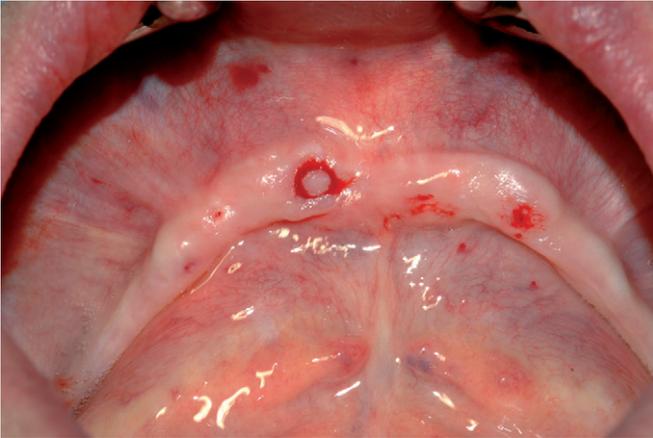


Fig. 9

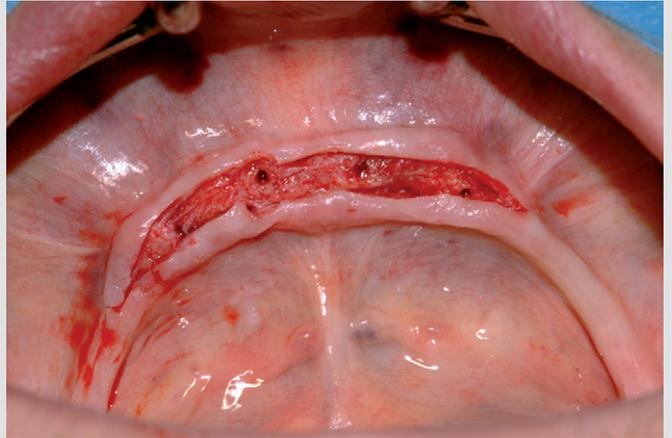


Fig. 10

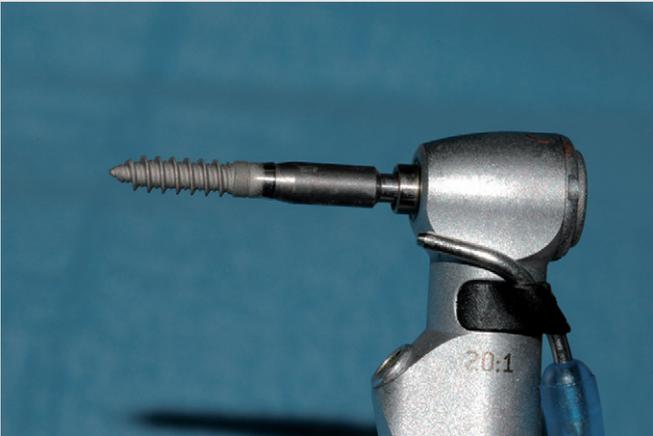


Fig. 11

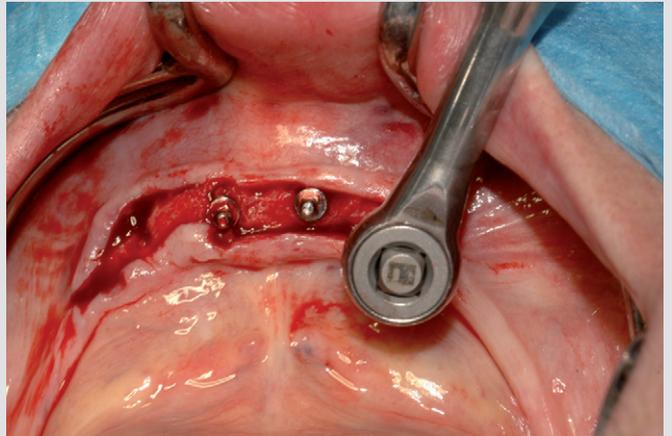
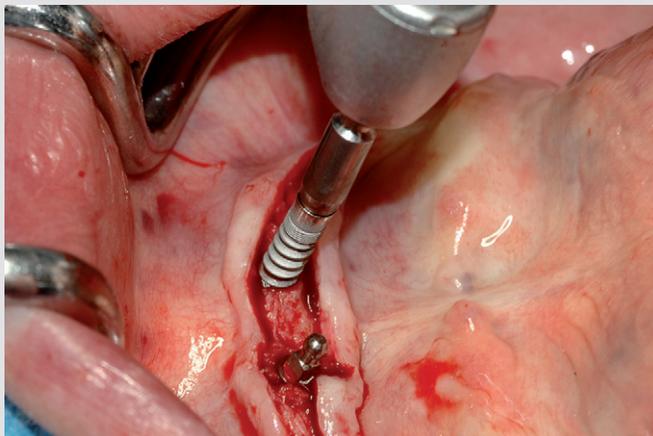


Fig. 12



L'utilizzo di un motore in grado di leggere il torque di inserimento espresso su tutta la superficie di contatto osso-impianto ci fornisce un dato duplice e importante: il raggiungimento di un grado di torque idoneo al carico immediato e la distribuzione del medesimo sulla superficie implantare in funzione dell'osso, consentendoci appropriate scelte chirurgico-protetiche (figg. 13 e 14): ad esempio, se insufficiente possiamo modificare la lunghezza e la tipologia di spira implantare. Dopo aver verificato un appropriato inserimento, si procede alla sutura in caso di lembo (fig. 15). Si ponga adeguata attenzione alla profondità implantare nell'osso e allo spessore dei tessuti molli, al fine di avere un'adeguata biologia peri-implantare e un'appropriata emergenza della ball.

Fig. 13



Fig. 14

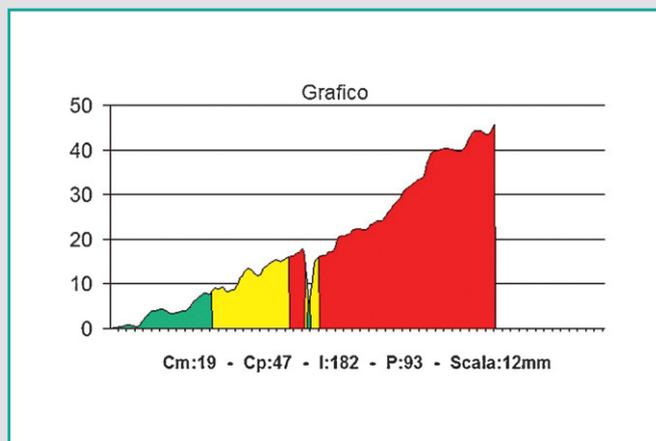
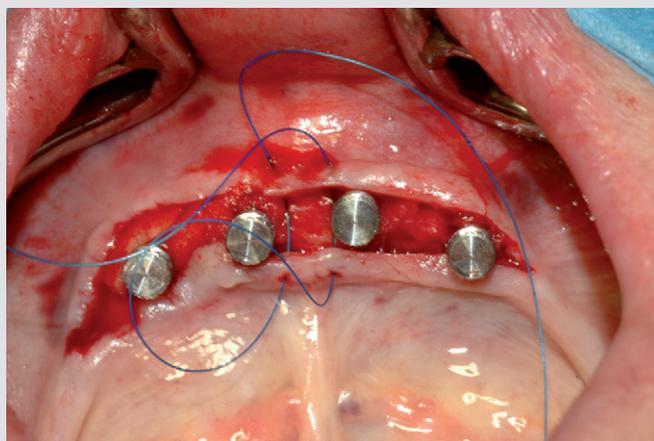


Fig. 15



3. Fissaggio delle ball e ultimazione del lavoro

A seconda delle preferenze, possiamo posizionare i bottoni prima o dopo la sutura (fig. 16). Con l'utilizzo di un foglio di diga isoliamo in campo operatorio (fig. 17). Posizioniamo la protesi che avrà un'adeguata occlusione con l'antagonista. Blocchiamo i bottoni con resina rosa, avendo cura di non formare bolle e di avere un campo esangue e privo di fluidi, onde favorire la migliore polimerizzazione e conseguente fissaggio dei bottoni (fig. 18). È bene effettuare tale manovra in tre persone. Controllare l'occlusione e decidere se tenere in posizione la protesi con le mani fino a indurimento avvenuto o chiedere al paziente di chiudere la bocca con pressione costante.

Fig. 16

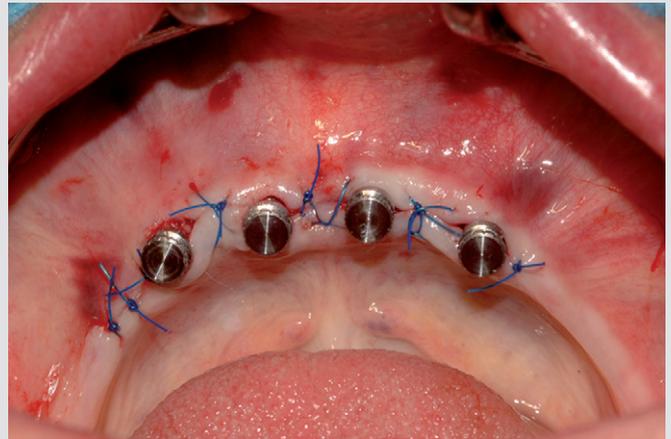


Fig. 17



Fig. 18



Se si usano resine a sviluppo termico, attenti ai tessuti molli. A indurimento completato, rimuovere la protesi, controllare la stabilità dei bottoni e infine rifinire e lucidare il tutto (figg. 19 e 20). Un controllo occlusale e le classiche raccomandazioni postchirurgiche completano il lavoro. In decima giornata si rimuovono i punti. Possono essere necessari ritocchi su eventuali zone di eccessiva compressione della mucosa da parte della protesi e un adeguato bilanciamento occlusale. Seguirà controllo clinico a guarigione avvenuta (fig. 21).

Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

